

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า:

ตอนที่ 3 เรียนรู้โดยการปฏิบัติจากการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพ
ถ้วนหน้าสู่การปฏิบัติ

The Universal Health Care Policy:

Part III Learning by doing from the Implementation process of
the Universal Health Care Policy

ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฏ์¹

Siriwan Pitayarangsarit¹

บทคัดย่อ

Qกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นกลไกในการบริหารจัดการให้การปฏิบัติงานบรรลุตามนโยบายที่ตั้งไว้ สิ่งที่เกิดขึ้นในกระบวนการมักมีผลทำให้การดำเนินการแตกต่างจากแนวคิดแรกเริ่ม การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์กระบวนการนำนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปสู่การปฏิบัติ ตั้งแต่เริ่มต้นจนนำไปสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่ในปี พ.ศ. 2544-2545 โดยนำกรณีศึกษาจังหวัดสระบุรีเพื่อสร้างความเข้าใจตลอดกระบวนการ

การวิเคราะห์คุณลักษณะของตัวนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการบริหารงาน พบว่า มีคุณลักษณะบางเรื่องก่อให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน เช่น ความเร่งรีบ นโยบายมีความซับซ้อน และไม่ชัดเจนในประเด็นรายละเอียด รวมทั้งการสื่อสารจากส่วนกลางเป็นการสื่อสารทางเดียว แต่รัฐบาลมีการดำเนินกลยุทธ์ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในอันที่จะแก้ไขปัญหาที่อาจจะเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน เช่น การเรียนรู้แล้วรีบปรับการตัดสินใจอย่างทันท่วงที การเปิดพื้นที่ให้ผู้ปฏิบัติได้มีการแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในคณะทำงานต่างๆ การเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติมีความยืดหยุ่นสูง นอกจากนี้ ยังจัดระบบรับเรื่องราวร้องทุกข์ ซึ่งจะช่วยลดแรงกดดันของผู้ที่ไม่พึงพอใจ และยังสามารถนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบบริการได้อีกด้วย

ปัจจัยหลักในความสำเร็จของการดำเนินนโยบาย คือ การกำหนดวัตถุประสงค์ที่แสดงอย่างชัดเจนของผู้นำทางการเมือง การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเข้มแข็ง

¹ นักวิจัยอาวุโส สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ของปลัดกระทรวงสาธารณสุขในยุคนั้น การดำเนินการอย่างมีทักษะและเต็มไปด้วยความ ยืดหยุ่น ผลักดันและตอบโต้กับแรงต่อต้านที่เกิดจากการไม่เห็นด้วยของข้าราชการ และ บุคลากรทางการแพทย์บางกลุ่ม ซึ่งเป็นผลมาจากผลกระทบด้านงบประมาณ

Abstract

This paper analyses the policy implementation of the Universal Health Care Policy in 2001-2002. The implementation of the Universal Health Care Policy was characterized by rapid, radical, and top-down change. It created some consequences such as administrative problems. The rapid implementation encouraged a “do and correct” approach, which provided some flexibility into what otherwise appeared to be a top-down process. Flexibility allowed easier implementation. The factors enabling the easy implementation of the Universal Health Care Policy were: clear policy goals with strong leadership, strong institutional capacity and skilful implementers, and flexibility and discretion level of implementers. Factors hindering the introduction of the Universal Health Care Policy were resistance of bureaucrats and medical professionals and budget constraints.

บทนำ

กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ (Policy implementation) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของ กระบวนการนโยบาย (policy process)² และเป็น กลไกในการบริหารจัดการให้เกิดการปฏิบัติงานบรรลุ ตามนโยบายที่ตั้งไว้¹ โดยทั่วไป การดำเนินการ ใดๆ ที่เกิดขึ้นในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติมัก มีผลแตกต่างจากแนวคิดแรกเริ่ม ทั้งนี้ คุณลักษณะ

ของตัวนโยบาย (policy characteristics) บางเรื่อง อาจก่อให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติ ประกอบด้วยความไม่ชัดเจนในประเด็นรายละเอียด จึงทำให้โครงการมีลักษณะ “คิดไป - ทำไป” และ เมื่อพบปัญหาก็มักแก้ปัญหาแบบ “ทำไป - แก้ไป”² ดังนั้น การเรียนรู้กระบวนการนำนโยบายหลักประกัน สุขภาพถ้วนหน้าไปสู่การปฏิบัติ จะเอื้อประโยชน์ ต่อการกำหนดยุทธศาสตร์เพื่อบริหารการ เปลี่ยนแปลง สามารถป้องกันปัญหา หรือแก้ ปัญหาอย่างทันการให้กับผู้ปฏิบัติ และจะมีส่วน ช่วยให้นโยบายมีโอกาสสัมฤทธิ์ผล และยังยืนต่อ ไปได้

² กระบวนการนโยบาย (policy process) ตามกรอบแนวคิดของ Walt และ Gilson [3] ที่นำเสนอในนิพนธ์ต้นฉบับ “นโยบาย หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ตอนที่ 1 กระบวนการกำหนด นโยบาย” ได้จำแนกการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เป็นขั้นตอน หนึ่งของกระบวนการนโยบาย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการนำนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปสู่การปฏิบัติในระดับส่วนกลาง และระดับจังหวัด

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้ ใช้วิธีการต่าง ๆ เพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์เอกสาร (Document analysis) ย้อนหลังระหว่าง พ.ศ. 2544-2545 จากเอกสารทางราชการ เช่น รายงานการประชุม จดหมายเวียน เอกสารของกระทรวง เพื่อให้ได้มาซึ่งเนื้อหาและกระบวนการของการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ 2) การเข้าถึงเหตุการณ์ในการประชุมต่างๆ ของกระทรวงสาธารณสุข และของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี และ 3) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ข้าราชการและผู้บริหารในระดับส่วนกลางที่เกี่ยวข้องในการนำนโยบายไปปฏิบัติ จำนวน 12 ท่าน และผู้มีความเกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติในระดับจังหวัดจนถึงอำเภอและตำบล จำนวน 17 ท่าน และสนทนากลุ่มกับประชาชน (Focus group discussion) จำนวน 4 กลุ่ม ๆ ละ 6-8 คน ใน 4 หมู่บ้าน เพื่อสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับนโยบายและบริการ โดยมีประเด็นคำถามหลักในการสัมภาษณ์ ได้แก่ 1) มีการรับรู้และการสื่อสารนโยบายอย่างไร 2) การนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นอย่างไร 3) มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง และอย่างไรในการนำนโยบายไปปฏิบัติ และ 4) การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไร

การเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มในช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2544 ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2545

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลจากทุกแหล่งข้างต้นใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยเฉพาะประสบการณ์จริงของการนำนโยบาย ไปสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ ได้แก่ จังหวัดสระบุรี โดยมีขอบเขตการวิเคราะห์กระบวนการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ ดังนี้ (ตารางที่ 1)

- ▶ อธิบายกระบวนการ ประกอบด้วย การดำเนินงานของทั้งส่วนกลางและระดับพื้นที่ การสื่อสารนโยบาย และแบบแผนการนำนโยบายไปปฏิบัติ
- ▶ การวิเคราะห์สาระและคุณลักษณะของตัวนโยบาย จะถูกนำมาพิจารณาว่ามีปัจจัยใดเอื้อต่อการนำนโยบายมาปฏิบัติ/ขัดขวางความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติ [4 - 6]
- ▶ การวิเคราะห์บริบท จะพิจารณาปัจจัยที่เอื้อหรือขัดขวางการนำนโยบายไปปฏิบัติ เช่น ปัจจัยสถานการณ์ โครงสร้าง วัฒนธรรม เป็นต้น
- ▶ การวิเคราะห์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จะพิจารณา 1) ความมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติในการตัดสินใจสาระนโยบาย 2) ความสามารถของข้าราชการผู้ปฏิบัติ และแรงจูงใจ 3) ศักยภาพของหน่วยงานในการนำนโยบายไปปฏิบัติ และ 4) การรับรู้ของประชาชน

นอกจากนี้ ยังวิเคราะห์กลยุทธ์การบริหารการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่เกิดขึ้นจริง¹⁷

ตารางที่ 1 กรอบการวิเคราะห์การนำนโยบายไปปฏิบัติและปัจจัยสู่ความสำเร็จของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ

ประเด็นวิเคราะห์	กระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ
1. กระบวนการ	<ul style="list-style-type: none"> ○ การดำเนินการของส่วนกลาง ○ การดำเนินการของพื้นที่ ○ การสื่อสารนโยบาย ○ แบบแผนการนำนโยบายไปปฏิบัติ เช่น สั่งการจากเบื้องบน หรือมอบอำนาจให้ผู้ปฏิบัติวางแผนเอง หรือผสมผสาน เป็นต้น ○ กลยุทธ์ในการนำนโยบายไปปฏิบัติ
2. สารนโยบาย	<p>คุณลักษณะของนโยบายที่มีผลต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ความซับซ้อนทางเทคนิค ○ ขนาดการเปลี่ยนแปลง ○ จำนวนผู้เกี่ยวข้องและมีส่วนร่วม ○ ความชัดเจนของเป้าหมายนโยบาย ○ จำนวนวัตถุประสงค์ ○ ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลง ○ ความชอบธรรมของนโยบายอันจะนำไปสู่ความร่วมมือของผู้ปฏิบัติ และกลุ่มเป้าหมาย ○ ศักยภาพของผู้ปฏิบัติ ○ แรงต้านหรือสนับสนุนจากกลุ่มสนใจ ○ คุณภาพของการสื่อสารนโยบาย
3. บริบท	<ul style="list-style-type: none"> ○ ปัจจัยโครงสร้าง ○ ปัจจัยภายนอก
4. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	<ul style="list-style-type: none"> ○ ความมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติในการตัดสินใจสารนโยบาย ○ ศักยภาพของหน่วยงานในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ○ การรับรู้ของประชาชน

พลการศึกษา

1. กระบวนการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปสู่การปฏิบัติ: การปฏิบัติที่ส่วนกลาง

กระบวนการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ เป็นกระบวนการที่ไม่สามารถแยกออกจากกระบวนการพัฒนาสารนโยบายได้ (Policy formulation) แม้ว่ารัฐบาลได้กำหนดหลักการสำคัญของรูปแบบระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไว้ในคำแถลงนโยบายของรัฐบาล เมื่อวันที่ 26-28 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2544 แต่รายละเอียดของระบบยังต้องอาศัยเวลาในการออกแบบ (system design) อย่างรอบด้านเพื่อความสำเร็จของการนำไปปฏิบัติ โดยการดำเนินโครงการนำร่องในระยะที่ 1 เมื่อเดือนเมษายน พ.ศ.2544 และระยะที่ 2 เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2544 ซึ่งหวังผลที่จะได้บทเรียนเพื่อนำไปปรับให้การดำเนินงานมีอุปสรรคน้อยที่สุด แต่ช่วงเวลาของการทดลองสั้นเกินกว่าที่จะสรุปบทเรียน จนกระทั่งถึงวันที่การขยายการดำเนินงานครอบคลุมทั่วประเทศ จึงปรากฏเสียงสะท้อนจากผู้ปฏิบัติว่า “นโยบายไม่มีขี้”

ในช่วงเริ่มต้นผู้บริหารโครงการต้องการให้ภาคส่วนต่างๆ มีส่วนร่วมมากที่สุด โดยต้องการจัดตั้งองค์กรที่มีความคล่องตัว เป็นองค์กรอิสระ ด้วยเหตุนี้ จึงมีความพยายามดึงให้ภาคส่วนต่าง ๆ ที่อยู่นอก กระทรวงสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมอย่างกว้างขวางมากยิ่งขึ้น แต่ไม่สามารถดำเนินการดังกล่าวได้สำเร็จ เพราะไม่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น ในส่วนของการปฏิบัติจริง จึงมีการแต่งตั้งคณะกรรมการ และ

คณะทำงานเฉพาะกิจหลายชุด ในที่สุด ได้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2544 ทั้งนี้ ก่อนที่จะจัดตั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีคณะกรรมการต่าง ๆ เกิดขึ้นตามมาเป็นลำดับ ดังนี้

- ▶ คณะทำงาน 10 คณะได้รับการแต่งตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทในการศึกษารายละเอียด ขั้นตอน วิธีการ และองค์ประกอบที่เป็นปัจจัยนำเข้าสู่ระบบการดำเนินงาน
- ▶ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีบทบาทในการกำหนดนโยบายและมาตรฐานการดำเนินงานในการดำเนินการนำร่องใน 6 จังหวัด
- ▶ คณะกรรมการประกันสุขภาพถ้วนหน้าจังหวัด มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ในการพัฒนาสุขภาพของพื้นที่ให้สอดคล้องกับนโยบายและแผนด้านสุขภาพของประเทศ
- ▶ คณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำหน้าที่ให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาแก่คณะรัฐมนตรีในด้านนโยบายแห่งชาติเกี่ยวกับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในด้านต่างๆ
- ▶ คณะกรรมการบริหารหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน ทำหน้าที่ดูแลการดำเนินการให้เกิดหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในระยะเปลี่ยนผ่าน เป็นการจัดกลไกและหาความร่วมมือเพื่อขยายการดำเนินการ

2. การนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติที่ระดับพื้นที่: กรณีศึกษาจังหวัดสระบุรี

2.1. ข้อมูลพื้นฐานของจังหวัดสระบุรี

2.1.1. ลักษณะทั่วไป จังหวัดสระบุรีมีที่ตั้งอยู่ห่างจากกรุงเทพฯ ประมาณ 107 กิโลเมตร แบ่งการปกครองเป็น 13 อำเภอ มีจำนวนหลังคาเรือนทั้งหมด 168,979 หลังคาเรือน จำนวนประชากร 607,600 คน และรายได้รวมของประชากรเมื่อปี พ.ศ. 2543 เท่ากับ 115,539 ล้านบาท

2.1.2. ข้อมูลด้านสาธารณสุข จังหวัดสระบุรีเป็นศูนย์กลางการรับ-ส่งต่อผู้ป่วย โดยมีโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่งที่อำเภอพระพุทธบาท โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ 2 แห่ง และโรงพยาบาลเอกชนขนาดเล็ก 3 แห่ง รวมทั้งมีวิทยาลัยพยาบาล 1 แห่ง นอกจากนี้ ข้อมูลเมื่อปี พ.ศ. 2542 แสดงให้เห็นว่าจังหวัดสระบุรี มีอัตราของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อประชากรสูงกว่าสัดส่วนโดยรวมของประเทศ ยกเว้นทันตแพทย์

2.1.3. ข้อมูลการเจ็บป่วย เมื่อนำข้อมูลการเจ็บป่วยของจังหวัดสระบุรีไปเทียบกับจังหวัดอื่นพบว่า มีอัตราการเจ็บป่วยเฉลี่ยของประชากรใกล้เคียงกัน ขณะที่ อัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยพบว่าจังหวัดสระบุรี มีอัตราการนอนโรงพยาบาลค่อนข้างต่ำกว่าจังหวัดอื่น และการเข้ารับบริการของประชาชนในจังหวัดเมื่อเจ็บป่วยที่โรงพยาบาล ศูนย์รวมกับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลชุมชน มีอัตราส่วนเป็นร้อยละ 46, 38 และ 17 ตามลำดับ

2.1.4. การเข้าร่วมโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชนในจังหวัดสระบุรีสมัครเข้าร่วม

2.1.5. ขบประมาณ พบว่างบประมาณที่ได้รับจัดสรรภายใต้โครงการฯ นี้ แบบเหมาจ่ายรายหัวและรวมเงินเดือนไว้ในงบ ไม่สอดคล้องค่าใช้จ่ายจริงของสถานพยาบาลในจังหวัด ทำให้มีการขอรับการสนับสนุนเพิ่มเติมจากกองทุนเพื่อความมั่นคงของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (Contingency Fund)

2.2. การดำเนินการโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของจังหวัดสระบุรี สระบุรีเป็น 1 ใน 15 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการในระยะที่ 2 โดยผู้รับผิดชอบโครงการในระดับจังหวัดคือ งานประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นหน่วยงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำหน้าที่กำกับดูแลการขึ้นทะเบียนผู้มีสิทธิ บริหารจัดการงบประมาณ พัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยี จัดเครือข่ายบริการ กำกับดูแลมาตรฐานของหน่วยบริการ และประสานงานโครงการ โดยมีหัวหน้างานประกันสุขภาพที่เคยมีประสบการณ์ในการบริหารกองทุนประกันสังคมทำหน้าที่บริหารจัดการ และผู้ปฏิบัติที่มีประสบการณ์การทำงานด้านการเงิน ภายใต้การให้คำปรึกษาของคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด ที่จัดตั้งตามแนวทางของคณะกรรมการสุขภาพระดับพื้นที่

ในระยะดำเนินโครงการ ฯ นี้ จังหวัดสระบุรี ได้มีการตั้งคณะทำงานต่างๆ ขึ้น เพื่อช่วยให้โครงการบรรลุเป้าหมาย และมีคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลระดับจังหวัดที่ประกอบ

ด้วยนายแพทย์สาธารณสุขเป็นประธาน หัวหน้าฝ่ายต่าง ๆ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และสาธารณสุขอำเภอ คอยกำกับดูแลและประเมินผลการดำเนินงานโครงการภายในจังหวัด

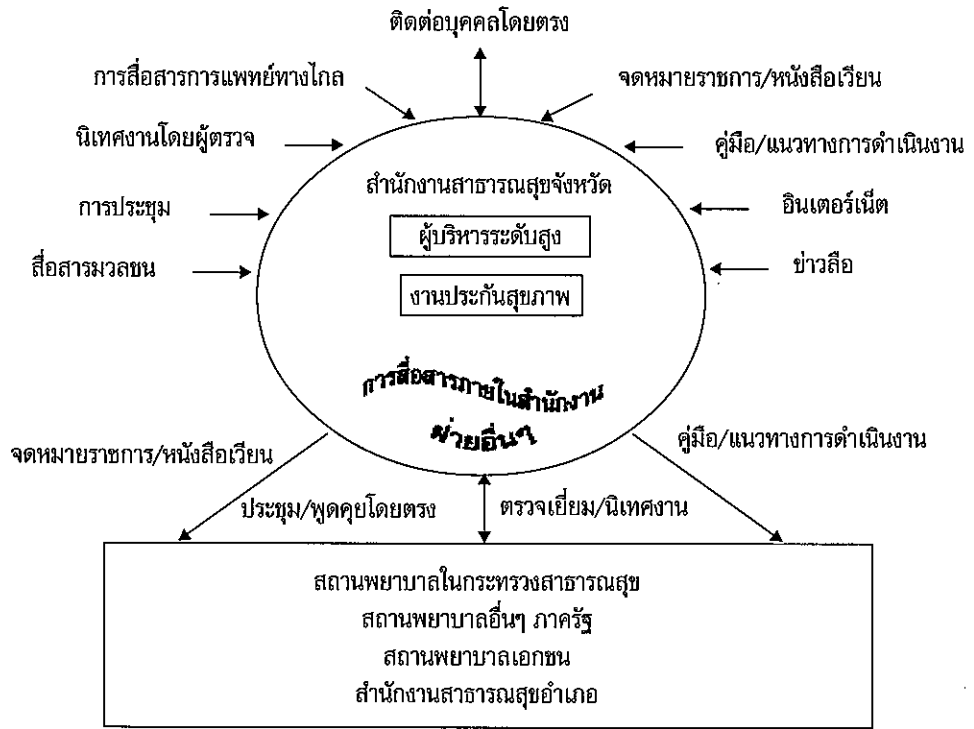
จากแนวทางการนำนโยบายฯ ไปสู่การปฏิบัติข้างต้น เห็นว่าสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีบทบาทสำคัญในการดำเนินการ ซึ่งความสำเร็จในการบริหารโครงการต้องอาศัยความสามารถของผู้บริหารเป็นอย่างสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมีภาวะผู้นำ รวมทั้งประสบการณ์ของผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการ ทั้งนี้เพื่อให้การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอยู่ภายใต้การบริหารจัดการมีความยืดหยุ่น สามารถปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ และมีแนวทางในการปฏิบัติเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

2.3. การสื่อสารนโยบาย การสื่อสารสาระสำคัญของนโยบายไปสู่ผู้ปฏิบัติ จำแนกได้ 3 ส่วนใหญ่คือ การสื่อสารนโยบายจากส่วนกลางสู่จังหวัด การสื่อสาร ภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และการสื่อสาร จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสู่ผู้

ปฏิบัติระดับอำเภอและตำบล ทั้งสามส่วนนี้ มีผลให้การรับรู้ของผู้ปฏิบัติแตกต่างกันไปจากนโยบายตั้งต้น

รูปที่ 1 แสดงให้เห็นว่า การสื่อสารจากส่วนกลางสู่จังหวัด ส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารทางเดียว และรับรู้ว่าเป็นนโยบาย ต้องทำตาม ส่วนการสื่อสารภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระหว่างฝ่ายต่างๆ เป็นสื่อสาร 2 ทาง และเป็นไปเพื่อการประสานและมอบหมายงานมากกว่าการวิเคราะห์ข่าวสารแล้วทำการตัดสินใจ ส่วนการสื่อสารระหว่างจังหวัดสู่ผู้ปฏิบัติระดับอำเภอ มีลักษณะเป็นการสื่อสาร 2 ทางเช่นเดียวกัน และมีการต่อรองเกิดขึ้นที่ระดับนี้ด้วย กล่าวได้ว่าการสื่อสารทางเดียวจากระดับส่วนกลางสู่ระดับจังหวัด ยังมีช่องว่างให้มีการพัฒนาไปสู่การสื่อสาร 2 ทาง เพื่อความเข้าใจในหลักการและเพิ่มโอกาสให้จังหวัดได้พิจารณา รวมถึงวิเคราะห์ข่าวสาร อันจะนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมกับจังหวัดได้อีกระดับหนึ่ง นอกจากนี้ การเปิดโอกาสให้ระดับปฏิบัติได้มีโอกาสต่อรอง หรือปรับการปฏิบัติให้สอดคล้องกับศักยภาพ และบริบทของตนเอง สามารถเพิ่มโอกาสความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติได้ แต่ต้องยอมรับผลของความแตกต่างในแต่ละพื้นที่

รูปที่ 1 การสื่อสารนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีศึกษาจังหวัดสระบุรี



2.4. การปฏิบัติกิจกรรมภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เกิดขึ้นในจังหวัดสระบุรี

2.4.1. การจัดให้มีหน่วยคู่สัญญาสำหรับบริการปฐมภูมิ ประชาชนทุกคนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสระบุรี ถูกจัดให้ขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการปฐมภูมิภายในจังหวัดที่ใกล้บ้าน ซึ่งประกอบด้วยโรงพยาบาล 1 แห่งและสถานพยาบาลปฐมภูมิ (หรือสถานเอนามัย) 1 แห่ง ในระยะต่อมา จึงเปิดโอกาสให้ประชาชนสามารถเลือกขึ้นทะเบียนกับหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่ใกล้บ้านได้ด้วยตนเอง โดยเฉพาะในกรณีมีสถานพยาบาลมากกว่า 1 แห่งในเขตพื้นที่การปกครองนั้น หรือประชาชนที่อาศัย

อยู่ระหว่างรอยต่อสองอำเภอ นอกจากนี้ ได้ขยายการขึ้นทะเบียนไปสู่ผู้ที่มีทะเบียนบ้านนอกเขตจังหวัดสระบุรี

เมื่อเริ่มดำเนินการ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพจังหวัดสระบุรีได้เลือกโรงพยาบาลสระบุรี (โรงพยาบาลศูนย์) และโรงพยาบาลพระพุทธบาท (โรงพยาบาลทั่วไป) เป็นแม่ข่ายหลัก 2 แห่ง ตามแบบประกันสังคม แต่ต่อมาได้ขยายเครือข่ายบริการออกเป็น 12 เครือข่าย เนื่องจากแนวทางของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้ความสำคัญกับการมีและใช้หน่วยบริการปฐมภูมิ รวมทั้งมีการเปลี่ยนวิธีการจัดสรรงบประมาณภายในจังหวัด

เป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวรวมผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรีจึงสนับสนุนให้สถานพยาบาลทุกแห่งทั้งของรัฐและเอกชนเข้าร่วมเป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาเพื่อจัดบริการปฐมภูมิ

นอกจากนี้ สถานพยาบาลคู่สัญญาจัดให้มีบริการระดับปฐมภูมิผ่านเครือข่าย โดยกำหนดให้มีแพทย์ 1 คนต่อจำนวนประชากร 10,000 คน โดยในปี พ.ศ. 2545 สระบุรีได้พัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิภายในจังหวัด รวมทั้งสิ้น 20 แห่ง และวางแผนพัฒนาสถานีอนามัยทุกแห่งในจังหวัดให้เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิภายใน 5 ปี ทั้งนี้ การเพิ่มจำนวนของหน่วยบริการปฐมภูมิขึ้นอยู่กับสภาพพื้นที่และความพร้อมของโรงพยาบาล ซึ่งหน่วยบริการปฐมภูมิมุ่งเน้นหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชนและชุมชน ด้วยการควบคุมป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ อันจะเป็นการลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ดังคำพูดที่ว่า “สร้างน้ำขอม”

2.4.2. การจัดเงินให้สถานพยาบาลตามรายหัวประชากรที่ขึ้นทะเบียน ระยะเปลี่ยนผ่านในปีงบประมาณ 2545 งบประมาณที่โครงการ 30 บาทจัดสรรเงินให้จังหวัดใช้งบประมาณแบบใหม่ที่กำหนดให้รวมเงินเดือนในงบประมาณสุขภาพ สำหรับงบประมาณที่จะจัดสรรให้กับพื้นที่หรือสถานพยาบาลจะแยกงบประมาณหมวดเงินเดือนที่จะจ่ายให้กับสถานพยาบาลของรัฐไว้เป็นการเฉพาะ โดยสถานพยาบาลของรัฐจะได้รับจัดสรรเงินงบประมาณตามอัตราเหมาจ่ายรายหัว คุณจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน หักด้วย งบประมาณหมวดเงินเดือน

ในปี พ.ศ. 2545 ถ้าคำนวณจากอัตราเหมาจ่ายรายหัวประชากร (1,052 บาท) คุณจำนวน

ประชากรที่ขึ้นทะเบียน (403,000 คน) จังหวัดสระบุรีได้รับการจัดสรรงบประมาณ 424 ล้านบาท แต่เมื่อคำนวณหมวดเงินเดือนพบว่าเป็นเงิน 463.4 ล้านบาท ซึ่งสูงกว่าประมาณการที่จะได้รับจากโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ไม่สามารถดำเนินงานภายใต้นโยบาย 30 บาทได้ เพื่อแก้ไขปัญหานี้ จังหวัดสระบุรีจึงต้องขอรับการช่วยเหลือจากงบประมาณสำรองเพื่อความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพ (Contingency Fund) เป็นจำนวน 215.3 ล้านบาท ให้กับสถานพยาบาล 6 แห่งจาก 12 แห่ง และมีการทำแผนปฏิรูปเพื่อขอรับการจัดสรรภายใต้หลักเกณฑ์ของคณะกรรมการบริหารกองทุนที่กำหนดไว้ว่า “รายรับทุกประเภทของสถานพยาบาลที่จะขอรับการสนับสนุนต้องไม่เกิน 1.5 เท่าของรายจ่ายด้านบุคลากร”¹⁰ ซึ่งสถานพยาบาลในจังหวัดสระบุรีมีค่าเฉลี่ยเพียง 1.4 ดังนั้น คณะกรรมการกองทุนเห็นชอบอนุมัติเงินช่วยเหลือจำนวน 85.5 ล้านบาท

สำหรับการจัดสรรงบประมาณให้กับสถานพยาบาลภาคเอกชนมีดังนี้ สถานพยาบาลเอกชนในจังหวัดสระบุรีได้รับงบตามอัตราเหมาจ่ายรายหัวประชากร คุณจำนวนประชากรที่ขึ้นทะเบียน โดยรวมงบบริการผู้ป่วยนอกและบริการผู้ป่วยใน เบิกจ่ายโดยตรงผ่านงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

โดยสรุป กรณีการจัดสรรงบประมาณให้สถานพยาบาลของจังหวัดสระบุรีมี 2 รูปแบบสลับเปลี่ยนไปมา คือ

- ▶ รูปแบบที่ 1 (ม.ย.-ก.ย. 2544) คือแบบเหมาจ่ายรายหัวรวมงบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

สำหรับสถานพยาบาล 2 เครือข่ายไปบริหารที่แม่ข่ายหลัก ได้แก่ โรงพยาบาลสระบุรี และโรงพยาบาลพระพุทธบาท จากนั้นจึงเหมาจ่ายรายหัวแบบแยกงบผู้ป่วยนอกออกจากงบผู้ป่วยเพื่อนำมาจัดสรรให้กับโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายของตน ส่วนงบผู้ป่วยในให้จัดสรรตามภาระงาน (workload หรือ DRG weight)

▶ รูปแบบที่ 2 (ปลายปีงบประมาณ 2544 และปีงบประมาณ 2545) เป็นการจัดสรรแบบรวมงบค่ารักษาผู้ป่วยนอกและงบค่ารักษาผู้ป่วยในไปที่ 12 เครือข่ายสถานพยาบาล โดยหักเงินเดือนไว้ที่สถานพยาบาล (Inclusive capitation)

อย่างไรก็ตาม ปลายปีงบประมาณ 2545 รูปแบบการจ่ายเงินได้เปลี่ยนกลับมาเป็น 2 เครือข่ายตามแม่ข่ายหลักทั้ง 2 แห่ง จากนั้นจึงเหมาจ่ายรายหัวแบบแยกงบผู้ป่วยนอกออกจากงบผู้ป่วยใน (exclusive capitation)ให้นำมาจัดสรรให้กับโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่ายของตน ส่วนงบผู้ป่วยในจัดสรรตามภาระงาน (workload หรือ DRG weight) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการจัดสรรงบประมาณไปมาที่เกิดขึ้นนี้ อาจเป็นผลกระทบที่เกิดจากปัจจัยของทิศทางการบริหารส่วนกลาง หรือเกิดจากข้อบ่งชี้ที่ว่า “ใช้การปฏิบัติเป็นบทเรียนและประเมิน แล้วปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม”

2.5. ผลกระทบจากการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปปฏิบัติ

2.5.1 การเงินของโรงพยาบาล

นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่งผลกระทบต่อรายรับและรายจ่ายของโรงพยาบาล จากเดิมที่

คาดว่าจะได้รับจากอัตราเหมาจ่ายรายหัวของประชากรที่ไม่มีสวัสดิการรักษายาพยาบาลใดๆ แต่ในทางปฏิบัติ กระทรวงสาธารณสุขได้จัดกลุ่มสถานพยาบาลที่ขอรับเงินช่วยเหลือ พิเศษจากงบประมาณสำรองเพื่อความมั่นคงของระบบบริการสุขภาพ โดยคิดจากสัดส่วนของรายรับทั้งหมดของสถานพยาบาลต่อรายจ่ายด้านบุคลากร นอกจากนี้ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินของเครือข่ายบริการสระบุรี แสดงให้เห็นว่าเครือข่ายคู่สัญญา (CUPs) 10 ใน 12 แห่ง ต้องการงบประมาณมากกว่า 1,052 บาทต่อหัวประชากร แต่มีเพียง 6 แห่งเท่านั้นที่ได้รับเงินช่วยเหลือพิเศษจากกองทุน โดยเครือข่ายบริการของสระบุรีได้ถูกจัดไว้เป็นกลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 เป็นเครือข่ายที่มีจำนวนประชากรในพื้นที่น้อยกว่า 20,000 คน โรงพยาบาลในกลุ่มนี้มีต้นทุนคงที่เฉลี่ย 7.4 ล้านบาท และงบประมาณขั้นต่ำที่จำเป็นสำหรับการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 843.3 บาทต่อประชากร การจัดสรรงบประมาณเหมาจ่ายรายหัว ทำให้ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งโรงพยาบาลที่มีสภาวะวิกฤติทางการเงินจะไม่ได้เงินช่วยเหลือจากกองทุนสำรอง

ปี พ.ศ. 2545 คณะกรรมการนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เพิ่มข้อเสนอในการจ่ายเงินให้กับโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ทุรกันดาร และมีจำนวนประชากรน้อยกว่า 25,000 คน โรงพยาบาลที่มีขนาดเล็กและตั้งอยู่ใกล้กันหลายๆ แห่ง สามารถรวมเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้โรงพยาบาลที่ไม่ได้รับเงินช่วยเหลือจากกองทุนสำรอง หรือไม่สามารถรวมตัวกับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ได้ ต้องหา

ทางแก้ปัญหาด้วยวิธีอื่น เช่น โรงพยาบาลเสาให้ มีข้าราชการและลูกจ้างภาคเอกชนในพื้นที่จำนวนมาก จึงหารายได้เพิ่มขึ้นจากระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลและกองทุนประกันสังคม เป็นต้น

กลุ่มที่ 2 เป็นเครือข่ายที่มีจำนวนประชากรพอเพียง ดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถที่จะใช้ต้นทุนคงที่รวมกันได้ เช่น เครือข่ายของโรงพยาบาลแก่งคอยได้รับงบจากโครงการ UC เป็นจำนวนมาก จากกรณีที่จำนวนประชากรที่ต้องดูแลถึง 500,000 คน จึงไม่จำเป็นต้องขอรับเงินช่วยเหลือจากกองทุนสำรอง เป็นต้น แต่บางแห่งมีปัญหาขาดแคลนบุคลากร ทำให้เครือข่ายของโรงพยาบาลไม่สามารถให้บริการตามนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เห็นได้จากกรณีที่โรงพยาบาลบ้านหม้อเกิดปัญหาขาดแคลนแพทย์ ทำให้แพทย์จากโรงพยาบาลพระพุทธบาทต้องหมุนเวียนมาช่วยหรือกรณีที่โรงพยาบาลมีการส่งผู้ป่วยไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่นๆ จนเกิดผลกระทบต่อการทำงานภายในเครือข่าย จนต้องขอรับการช่วยเหลือจากกองทุนสำรองศักยภาพที่ลดลงมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มที่ 3

กลุ่มที่ 3 เป็นเครือข่ายที่มีการส่งตัวผู้ป่วยไปรับการรักษาที่อื่นในอัตราสูง ซึ่งบ่งบอกศักยภาพของเครือข่ายว่ามีศักยภาพน้อย จากข้อมูลของเครือข่ายโรงพยาบาลวิหารแดงและโรงพยาบาลหนองแค มีค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการส่งต่อผู้ป่วย เทียบกับค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 53 และ 31 ตามลำดับ โดยโรงพยาบาลวิหารแดง มีแพทย์ 1 คนต่อพยาบาล 9.5 คน โรงพยาบาลหนองแคมีแพทย์ 1 คนต่อพยาบาล 9.3 คน

และค่าเฉลี่ยของจังหวัดคือแพทย์ 1 คนต่อพยาบาล 5.7 คน ในขณะที่ โรงพยาบาลสระบุรี มีอัตราแพทย์ 1 คนต่อพยาบาล 4.6 คน ซึ่งอัตราส่วนจำนวนแพทย์ต่อพยาบาลที่น้อยเกินไป (แพทย์น้อย พยาบาลมาก) ทำให้การดูแลรักษาที่จำเป็นต้องใช้วิทยาการทางการแพทย์มีสัดส่วนที่น้อยเมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ย และมีค่าใช้จ่ายของบุคลากรข้างเคียงจำนวนมาก

กลุ่มที่ 4 เป็นกลุ่มที่อาจถูกมองว่าไม่มีประสิทธิภาพจากการที่มีศักยภาพสูงกว่าความต้องการ ได้แก่ โรงพยาบาลพระพุทธบาทที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไปที่มีขนาด 400 เตียง แต่มีจำนวนประชากรลงทะเบียน 46,000 คน ซึ่งเปรียบเสมือนความต้องการในการใช้บริการในพื้นที่ที่น้อยเมื่อเทียบกับขนาดของโรงพยาบาล และคาดการณ์ว่าจะมีรายได้ทดแทนมาจากการรับผู้ป่วยที่ส่งตัวมาจากโรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย แต่กลับพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี หรือโรงพยาบาลเอกชนมากกว่า ดังนั้น เมื่อไม่มีผู้ใช้บริการ รายได้จึงไม่เพิ่มขึ้น และไม่เข้าหลักเกณฑ์ที่จะขอรับเงินสนับสนุนได้ ซึ่งปัญหาดังกล่าว มิใช่เกิดขึ้นกับโรงพยาบาลพระพุทธบาทเท่านั้น หากแต่โรงพยาบาลอื่นก็ประสบปัญหานี้เช่นกัน

กลุ่มที่ 5 เป็นกลุ่มของโรงพยาบาลที่ถูกมองว่ามีทรัพยากรมากและศักยภาพสูง ทำให้มีผู้มาใช้บริการมาก และสามารถหารายได้ได้ดีภายใต้ นโยบาย UC ซึ่งโรงพยาบาลสระบุรีอาจเข้าข่ายนี้ แต่จากการพิจารณาข้อมูลการเงิน ทำให้พบว่ามีการขาดดุลในเรื่องงบประมาณ กล่าวคือ โรงพยาบาลสระบุรีได้รับงบประมาณ UC 1.4 เท่าของเงินเดือน

และต้องการเงินสนับสนุน 117.6 ล้านบาทมาดำเนินการตามนโยบาย แต่กองทุนสำรองอนุมัติเงินช่วยเหลือ 56.4 ล้านบาท และโรงพยาบาลควรได้รับเงินจากการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างปี พ.ศ. 2544 ถึง พ.ศ. 2545 เป็นจำนวนเงิน 105 ล้านบาท แต่ได้รับการจ่ายจากโรงพยาบาลอื่นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

เมื่อพิจารณาประเด็นต่างๆที่เกิดขึ้น จากทั้ง 5 กลุ่มเครือข่ายบริการ สามารถสรุปได้ว่าเครือข่ายบริการประสบปัญหาในการดำเนินงานจากการจัดสรรงบประมาณในจังหวัด ทำให้มีปัญห่อื่นๆตามมา เช่น การขาดการกระจายตัวที่ดีของทรัพยากรด้านบุคคล โดยเฉพาะแพทย์เป็นปัญหาที่แก้ไขได้ยาก และปัญหาที่เกิดขึ้นกับเครือข่ายบริการ หรือระบบการส่งต่อในจังหวัด เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ แม้มีการช่วยเหลือจากงบประมาณเพื่อความความมั่นคงที่กระทรวงสาธารณสุขจัดสรรขึ้นเพื่อช่วยเหลือโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาทางการเงินเกิดขึ้น แต่ก็สามารถบรรเทาปัญหาได้ในช่วงสองปีแรกของโครงการเท่านั้น และไม่สามารถแก้ไขปัญหาอื่นที่เกิดขึ้นได้

2.5.2 ผลกระทบต่อการบริหารจัดการศูนย์สาธารณสุขชุมชน ทรัพยากรบุคคล และ ระบบการเงิน ในปี พ.ศ. 2545 จังหวัดสระบุรี ได้กำหนดการบริหารในระดับเครือข่าย โดยให้โรงพยาบาลชุมชนต่างๆในจังหวัด ทำหน้าที่เป็นเครือข่ายบริการ (Contracted Units for Primary Care: CUPs) บริหารจัดการและจัดสรรงบประมาณที่ได้รับด้วยตนเอง โดยให้โรงพยาบาลชุมชนพัฒนา ศูนย์สาธารณสุขชุมชน (Primary Care Unit- PCU) ในโรงพยาบาล 1 แห่งและอย่างน้อยอีก 1 แห่งที่สถานีอนามัย

งานบริการที่ศูนย์สาธารณสุขชุมชน ประกอบด้วย การดูแลแม่และเด็ก การดูแลก่อนและหลังคลอด รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การให้สุศึกษา การตรวจสุขภาพ การจ่ายยาและการเยี่ยมบ้าน โดย PCU แต่ละแห่งมีทีมบุคลากรประมาณ 5 คนและเสริด้วยทีมของโรงพยาบาล 5 คน ซึ่งรวมทั้งแพทและเภสัชกร โดยทีมเสริของโรงพยาบาลนี้ จะหมุนเวียนมาร่วมให้บริการสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ดั่งนี้ การนัดหมายผู้ป่วยที่ PCUs เพื่อพบแพทย์ อาจมากถึง 80 รายต่อวัน ในขณะที่ สถานีอนามัยมีผู้ป่วยโดยเฉลี่ยไม่เกิน 30 คนต่อวัน ส่งผลให้ PCU บางแห่งได้พัฒนาโครงการอื่นๆ ที่ได้รับงบประมาณส่งเสริมป้องกันเพิ่มเติมมาจากแม่ข่าย เช่น การตรวจมะเร็งเต้านม การให้สุศึกษาในชุมชนแโรงเรียน การป้องกันไข้เลือดออกด้วยการกำจัดลูกน้ำยุงลาย เป็นต้น⁹⁾

อย่างไรก็ตาม PCUs ยังประสบปัญหาการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล เนื่องจากขาดวางแผนในการจ้างทรัพยากรบุคคล การโยกย้าย กำหนดตำแหน่งและบรรจุข้าราชการใหม่ไม่สอดคล้องกับปัญหาโดยมีสาเหตุหลักคือ 1) ไม่มีการเขียนนโยบายเรื่องกำลังคนไว้ชัดเจน สะท้อนให้เห็นถึงการขาดผู้นำในการตัดสินใจเรื่อง 2) บทบาทหน้าที่และอำนาจการตัดสินใจไม่ชัดเจนว่าหน่วยงานใดรับผิดชอบเรื่องกำลังคนที่เชื่อมโยงทั้งการบรรจุและการกำหนดค่าตอบแทน และความ ขัดแย้งภายใน เรื่องการรวมเงินเดี่ยข้าราชการในสถานพยาบาล

2.5.3. ผลกระทบต่อการสร้างเครือข่ายบริการและระบบการส่งต่อผู้ป่วย ในระยะแโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด ทำหน้าที่เป็นคู่สัญญา

บริการ (Contracted Units for Primary Care : CUPs) เพื่อบริหารจัดการและจัดสรรงบประมาณที่ได้รับจากการเหมาจ่ายรายหัวด้วยตนเอง ต่อมาเมื่อประสบปัญหาในการดำเนินงานและปัญหาทางการเงินทำให้โรงพยาบาลชุมชนต้องขอความช่วยเหลือจากจังหวัดในแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นส่งผลให้ระบบการส่งต่อถูกนำมาใช้อย่างชัดเจนขึ้น **ดั่งกรณีโรงพยาบาลบ้านหม้อ** เป็นโรงพยาบาลชุมชนที่มีอัตราการลาออกของแพทย์สูง และมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลอื่นที่ใหญ่กว่า ทำให้รายจ่ายเพิ่มขึ้น ดังนั้น โรงพยาบาลบ้านหม้อ ต้องรีบดำเนินการปรับปรุงคุณภาพการบริการอย่างเร่งด่วน เพื่อเรียกความน่าเชื่อถือจากผู้รับบริการ

2.5.4. การรับรู้ของประชาชนในโครงการ UC ในจังหวัดสระบุรี นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติและประชาชนในสระบุรีอย่างน้อย 4 ด้าน ดังนี้

- ▶ เพิ่มความเอาใจใส่และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการของสถานพยาบาล
- ▶ เพิ่มความเป็นธรรมและเกิดความเท่าเทียมในการเข้าถึงบริการ
- ▶ ขยายการบริการโดยผ่านเครือข่ายหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ
- ▶ สร้างความเข้มแข็งให้แก่ระบบเครือข่ายและระบบการส่งต่อ

จากการสนทนากลุ่มกับประชาชนเมื่อเดือนเมษายน พ.ศ. 2545 ประชาชนเชื่อว่านโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามีประโยชน์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับคนยากจน ยกเว้นกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งยังต้องพึ่งพิงโรงพยาบาลมากกว่า ศูนย์สาธารณสุขชุมชน อย่างไรก็ตาม ณ ช่วงเวลา

นั้น ประชาชนยังมีความสับสนในหลายประเด็น อาทิ ระเบียบปฏิบัติของนโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ากับกองทุนผู้ประสบภัยจากรถ ปัญหาเรื่องบุคคลที่ไม่มีสัญชาติไทยหรือบุคคลที่ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่งและไม่สามารถที่จะลงทะเบียนได้ เป็นต้น ซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้ ได้ถูกหยิบยกขึ้นมาอภิปรายเพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันกับประชาชนในระหว่างการสนทนากลุ่ม

แม้การดำเนินนโยบาย ฯ นี้ อยู่ในช่วงเริ่มต้น แต่ก็พบว่าประชาชนผู้ให้สัมภาษณ์จำนวนหนึ่งรู้สึกประทับใจในการเยี่ยมบ้านโดยทีมของสถานีอนามัย และการมีแพทย์มาให้บริการรักษาผู้ป่วยในศูนย์สาธารณสุขชุมชน นอกจากนี้ ประชาชนยังรับรู้ว่ามีผู้ได้รับประโยชน์จากนโยบาย ฯ นี้ นอกเหนือจากผู้สูงอายุ เด็ก และผู้มีรายได้น้อยแล้ว ยังครอบคลุมถึงเกษตรกร คนงาน และผู้ประกอบการอาชีพอิสระ เช่น ร้านค้า ผู้ซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท เป็นต้น ส่วนประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล มีเพียงส่วนน้อยที่ได้ประโยชน์จากนโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า อย่างไรก็ตามประเด็นค่าใช้จ่ายในการเดินทางเพื่อมารับบริการยังคงเป็นปัญหา

3. วิเคราะห์แบบแผนการนำนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าไปสู่ปฏิบัติ

กระบวนการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านี้ แสดงให้เห็นว่าในระยะแรกเป็นการสั่งการจากรัฐมนตรี และปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Top-down implementation) รวมถึงมีผู้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นกลุ่มเล็กๆ แต่ผู้ปฏิบัติมีจำนวนมาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ เป็นผู้ปฏิบัติงานการขึ้นทะเบียน

ประชาชนเพื่อขยายหลักประกันสุขภาพ ประกอบกับการดำเนินงานเป็นไปอย่างเร่งรัด ขณะที่ การขยายการจัดบริการปฐมภูมิค่อยเป็นค่อยไป โดยผู้ปฏิบัติในพื้นที่มีส่วนร่วมในการวางแผนพัฒนาการจัดบริการปฐมภูมิที่ระดับพื้นที่

อย่างไรก็ตาม กล่าวได้ว่าการดำเนินงานขยายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าประสบความสำเร็จอย่างรวดเร็ว เนื่องจากมีบริบทสำคัญหลายประการเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ปัจจัยโครงสร้างพื้น

ฐานของเครือข่ายงานกระทรวงสาธารณสุข ที่มีทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนระดับตำบล และมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมถึงการมีระบบฐานข้อมูลของสำนักงานทะเบียนราษฎร์ ถือเป็นรากฐานสำคัญให้การพัฒนาฐานข้อมูลผู้มีสิทธิอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ยังพบว่า คุณลักษณะของตัวนโยบาย ทรัพยากร และบริบทที่อาจเป็นตัวกำหนดให้การปฏิบัติงานบรรลุตามนโยบายที่ตั้งใจไว้หรือไม่ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คุณลักษณะของตัวนโยบาย ทรัพยากร และบริบทที่เป็นตัวกำหนดความสำเร็จของนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ประเด็น	โอกาสประสบความสำเร็จ	
	ต่ำ	สูง
1. คุณลักษณะของตัวนโยบาย		
1) เทคโนโลยีที่ใช้ในกิจกรรมต่างๆ	ซับซ้อน	
2) ต้องการการเปลี่ยนแปลง	มาก	
3) ผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง	มาก	
4) การแสดงเป้าประสงค์ของนโยบาย		ชัดเจน เข้าใจง่าย
5) จำนวนวัตถุประสงค์หลัก	หลายวัตถุประสงค์	
6) ช่วงเวลาที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลง		ใช้เวลานสั้น รวดเร็ว
7) ความชอบธรรมของโครงการ		ชอบธรรมและได้รับการยอมรับจากประชาชนและผู้ปฏิบัติ
8) ความสามารถและทักษะของผู้ปฏิบัติ		มีมาก
9) แรงสนับสนุนจากกลุ่มต่างๆ	แรงดันจากกลุ่มวิชาชีพ	แรงสนับสนุนจากประชาชน
10) การสื่อสารและการประสานงาน		บกพร่องและมีน้อย
2. ทรัพยากร		
1) จำนวนเจ้าหน้าที่แพทย์และพยาบาล	มีน้อย	
2) จำนวนเตียง และทรัพยากรอื่น ๆ		มีน้อย
3. บริบทที่เกี่ยวข้อง		
1) ความมั่นคงของรัฐบาล และการเมือง		มั่นคง
2) สภาพเศรษฐกิจ		เศรษฐกิจเริ่มกระเตื้องขึ้น
3) การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของระบบสุขภาพ		โครงสร้างสมบูรณ์ โดยครอบคลุมเครือข่ายทุกพื้นที่ และมีกระจายตัวดี
4) ข้อจำกัดด้านข้อมูลข่าวสาร	ระบบไม่ดี	สื่อสารในวงแคบคลาดเคลื่อน
5) การปฏิรูปอื่นๆ		ทิศทางสอดคล้องกับนโยบาย หรือก่อให้เกิดแรงเสริมกับนโยบาย

ถึงแม้นโยบายสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีเป้าหมายที่ชัดเจน แต่มีประเด็นที่ซับซ้อนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างมาก และมีจำนวนผู้ปฏิบัติที่ต้องเกี่ยวข้องเป็นจำนวนมาก ประกอบกับความเร่งรีบในการดำเนินงาน ส่งผลให้เกิดข้อจำกัดในการสร้างความร่วมมือและความเข้าใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนี้ การตัดสินใจขยายการดำเนินการให้ครอบคลุมทั้งประเทศอย่างรวดเร็วของรัฐบาล ทำให้ขาดการพัฒนากระบวนการพยาบาลปฐมภูมิที่ประชาชนเข้าถึงแพทย์ได้ แต่ทั้งนี้อาศัยความพร้อมของระบบเดิมที่มีสถานีนานามัยกระจายอย่างทั่วถึง และองค์ความรู้เดิมทำให้สามารถดำเนินงานตามนโยบายทันที กล่าวได้ว่า การดำเนินงานที่เร่งรีบและความไม่ชัดเจนในประเด็นต่างๆ ได้ก่อให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติ ซึ่งรัฐบาลใช้วิธีการเรียนรู้โดยการปฏิบัติ (Learning by doing) ของดำเนินการในกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติพร้อมๆ กับกระบวนการพัฒนาโยบาย

การนำนโยบาย ๙ ไปปฏิบัตินั้น พบว่าคุณลักษณะของตัวนโยบาย ๙ นี้ บางเรื่องก่อให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน แต่รัฐบาลก็มีการดำเนินกลยุทธ์เพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรคที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นข้อสังเกตของผู้วิจัยดังนี้

1) เรียนรู้โดยการปฏิบัติ แล้วปรับให้นโยบายสอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย และการทำงานของจังหวัดต่างๆ ('Learning by doing'-to fit the policy to the local context)

2) เปิดเวทีให้มีการแสดงความคิดเห็นและ

มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เช่น การจัดให้มี War Room และการจัดตั้งคณะทำงานต่างๆ เป็นต้น (Creating space for bargaining and negotiation)

3) มีกระบวนการตัดสินใจปัญหาและแก้ไข ปัญหาเร่งด่วนอย่างมีส่วนร่วม (Prompt problem solving and inviting participation)

4) คงภาวะความเป็นผู้นำไว้ที่ตัวรัฐมนตรีกระทรวง ซึ่งทำให้ทิศทางของนโยบายไปในทางเดียว ไม่แกว่ง (Maintaining leadership)

5) สร้างความยั่งยืนและความชอบธรรมให้โครงการโดยผ่านกระบวนการออกเป็นพระราชบัญญัติ (Legitimizing a stable policy by law)

6) การจัดระบบรับเรื่องราวร้องทุกข์ ซึ่งช่วยลดแรงกดดันของผู้ที่ไม่พึงพอใจ และยังสามารถนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบบริการได้อีกด้วย (Introducing a grievance process)

อุปสรรค

คุณลักษณะของตัวนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการบริหารงานบางเรื่องก่อให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติงาน เช่น ความเร่งรีบที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและเห็นผล เป็นต้น ในขณะที่รายละเอียดของนโยบายมีความซับซ้อน และไม่ชัดเจนในประเด็นรายละเอียดรวมทั้งในระยะแรกการสื่อสารจากส่วนกลางมักเป็นการสื่อสารทางเดียว ซึ่งเป็นจุดอ่อน ทำให้ผู้ปฏิบัติขาดความเข้าใจแต่รัฐบาลมีการดำเนินกลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อแก้ไขปัญหาที่อาจเป็นอุปสรรคในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เช่น การเรียนรู้แล้วปรับเปลี่ยน

การตัดสินใจอย่างทันที่ว่าการเปิดพื้นที่ให้ผู้ปฏิบัติได้มีการแสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในคณะทำงานต่างๆ ซึ่งมีผลในรูปของการประนีประนอม ส่งผลเกิดความยืดหยุ่นในการนำนโยบาย ฯ นี้ไปปฏิบัติ นอกจากนี้ ยังจัดระบบรับเรื่องราวร้องทุกข์ ซึ่งช่วยลดแรงกดดันของผู้ที่ไม่พึงพอใจ และยังสามารถนำข้อมูลมาปรับปรุงระบบบริการได้อีกด้วย เป็นต้น

ต่อมา ความสำเร็จอย่างรวดเร็วของการนำนโยบาย ฯ นี้ ไปสู่การปฏิบัติ อาจเป็นผลจากการปรับปรุง/พัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ อาทิ 1) การพัฒนาการสื่อสารนโยบายไปสู่การสื่อสาร 2 ทาง เพื่อความเข้าใจในหลักการ รวมถึงเพิ่มโอกาสให้จังหวัดได้พิจารณาและวิเคราะห์ข่าวสารเพื่อการตัดสินใจให้เหมาะกับจังหวัดได้อีกระดับหนึ่ง 2) การเปิดโอกาสให้ระดับปฏิบัติได้มีโอกาสต่อรองหรือปรับการปฏิบัติให้สอดคล้องกับศักยภาพ และบริบทของตนเอง ทั้งนี้เพื่อเพิ่มโอกาสความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติได้ แต่ต้องยอมรับผลของความแตกต่างในแต่ละพื้นที่ เป็นต้น นอกจากนี้ ต้องยอมรับว่าความสำเร็จของการดำเนินนโยบายฯ ในครั้งนี้ เกิดขึ้นจากปัจจัยหลักสำคัญคือการกำหนดวัตถุประสงค์อย่างชัดเจนของผู้นำทางการเมือง การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเข้มแข็งของปลัดกระทรวงสาธารณสุขในยุคนั้น การดำเนินการอย่างมีทักษะและเต็มไปด้วยความยืดหยุ่นทั้งต่อการผลักดันและตอบโต้กับแรงต่อต้านที่เกิดจากการไม่เห็นด้วยของข้าราชการ และบุคลากรทางการแพทย์บางกลุ่ม ซึ่งเป็นผลมาจากผลกระทบด้านงบประมาณ

โดยสรุป นโยบายการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการปฏิรูประบบสุขภาพที่ใช้กลไกทางการเงินมาผลักดันให้เกิดการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิมากขึ้น การเปลี่ยนระบบงบประมาณอย่างกะทันหัน ย่อมส่งผลกระทบต่อการเงินของโรงพยาบาลและความเชื่อมั่นของบุคลากร แต่สถานการณ์ดังกล่าวได้คลี่คลายในเวลาต่อมา ภายหลังจากระบบปรับสมดุลภายในตัวของระบบบริการสาธารณสุขภาครัฐและระบบการจ่ายเงินด้วยแรงดึงและแรงดันของฝ่ายต่างๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอขอบคุณ สำนักงานประกันสุขภาพจังหวัดสระบุรี และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่เอื้อเฟื้อข้อมูลและให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ Gill Walt ที่ให้คำแนะนำในการศึกษา พร้อมทั้งขอขอบคุณองค์การอนามัยโลกที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการศึกษา และขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สนับสนุนงบประมาณในการจัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์ภาคภาษาอังกฤษ

เอกสารอ้างอิง

- [1] Walt, G., Health Policy: An Introduction to Process and Power. London: Zed Books, 1994.
- [2] Siamwalla, A., "No-one knows if providers can cope on 1,202 baht a head", A. Assavanonda, Editor. Bangkok Post: Bangkok; April 1, 2002.

- [3] Walt, G. and L. Gilson. "Reforming the Health Sector in Developing-Countries- the Central Role of Policy Analysis" Health Policy and Planning 1994; 9(4): p. 353-370.
- [4] Grindle, M. and J. Thomas, Public Choices and Policy Change: The Political Economy of Reform in Developing Countries. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1991.
- [5] Cleaves, P., Implementation amidst scarcity and apathy: political power and policy design, in Politics and Policy Implementation in the Third World, M. Grindle, Editor. Princeton University Press: New Jersey, 1980.
- [6] Hogwood, B.W. and L.A. Gunn, Policy Analysis for the Real World. New York: Oxford University Press, 1984.
- [7] Leighton, C. and A. Wouters, Strategies for Achieving Health Financing Reform of Africa: Synthesis of HFS Project Experience. Health Financing and Sustainability (HFS) Project. Bethesda, MD: Abt Associates Inc, 1995.
- [8] กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการบริหารจัดการด้านการเงินและทรัพยากรสาธารณสุข ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า, 2544.
- [9] รวีวรรณ ศิริสมบูรณ์ ถนอมวงษ์ วงษ์สถิตย์ และ ศิริวรรณ พิทยรังสฤษฎ์. "การประเมินผลการดำเนินงานของศูนย์สุขภาพชุมชน จังหวัดสระบุรี" วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2545; 11(5): p. 739-751.

